

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond PORQUIET

Né le 8 Février 1914, à Caen (Calvados).

Présentée et soutenue publiquement le 22. JUIN 1943... 19

L'ÉVOLUTION ULCÉREUSE
APRÈS
LES PERFORATIONS OPÉRÉES

Président : M. CHIRAY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **PORQUIET.**

Prénom : **Raymond.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

PORQUIET (Raymond). — L'évolution ulcéreuse après les perforations opérées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 59 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

PORQUIET (Raymond). — L'évolution ulcéreuse après les perforations opérées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 59 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

PORQUIET (Raymond). — L'évolution ulcéreuse après les perforations opérées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 59 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

PORQUIET (Raymond). — L'évolution ulcéreuse après les perforations opérées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 59 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond PORQUIET

Né le 8 Février 1914, à Caen (Calvados).

Présentée et soutenue publiquement le 19

L'ÉVOLUTION ULCÉREUSE
APRÈS
LES PERFORATIONS OPÉRÉES

Président : M. CHIRAY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	MONTOR.
	QUEF.
	ERCOQ.
Clinique ophtalmologique	VELIER.
Clinique urologique	SERVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirur-	DE GENNES	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
BARIETY	Pathologie	médi-	JOANNON	Hygiène	
	cale.		LACOMME	Obstétrique.	
BESANÇON Justin.	Hydrologie.		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BONNET	Bactériologie		LAVIER	Parasitologie.	
BOULIN	Pathologie	médi-	LELONG	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
BROUET	Pathologie	médi-	LEMAIRE	Pathologie expéri-	
	cale.			mentale.	
BULLIARD	Histologie.		LENEGRE	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médi-	Mlle J. LEVY	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
CORDIER	Anatomie.		MARCHAL	Pathologie	chirur-
COSTE	Pathologie	médi-		gicale.	
	cale.		MENEGAUX	Pathologie	médi-
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.			cale.	
DELARUE	Anatomie patholo-		MOLLARET	Pathologie	médi-
	gique.			cale.	
DELAY	Pathologie	médi-	MOUQUIN	Pathologie	chirur-
	cale.			gicale.	
DESGREZ (H.)	Physique.		PATEL	Ophtalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.			Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RENARD	Pathologie	chirur-
DOGNON	Physique.			gicale.	
FEVRE	Pathologie	chirur-	RICHET		
	gicale.				
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirur-	SICARD	Pathologie	médi-
	gicale.			cale.	
GALLIARD	Parasitologie.		SOULIE	Obstétrique.	
GARCIN	Pathologie	médi-	SUREAU	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
Mlle GAUTHIER-	Anatomie	patholo-	TURPIN	Pathologie	chirur-
VILLARS	gique.			gicale.	
			WILMOTH	Pathologie	médi-
				cale.	

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.			MM.		
ALGLAVE	Pathologie	chirur-	HUGUENIN	Anatomie Patholo-	
	gicale.			gique.	
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		LE LORIER	— Obstétrique.	
GUENIOT	Obstétrique.		NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.	
FEITZ-BOYER	Pathologie	chirur-	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale.	
	gicale.		VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER ...	
LAROCHE Guy		de GAUDART	
MOREAU		d'ALLAINES .	
SEZARY		MOULONGUET	
		MOURE	

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Témoignage de profonde affection et de reconnaissance.

A MA FEMME

Qui m'a toujours apporté une aide affectueuse et un précieux réconfort moral.

A MA FILLE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE CHIRAY

Professeur d'Hydrologie et de Climatologie

Médecin de l'Hôpital Bichat

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de gratitude et d'admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BAZY

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous accueillir avec
bienveillance et nous autoriser à puiser dans
la riche documentation de son service et de
ses consultations. Avec l'expression de notre
profonde gratitude et de notre dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHENE

*Qui nous a suggéré ce travail et nous a
aidé de ses conseils pour le réaliser. Témoi-
gnage de notre reconnaissance.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DES ECOLES DE MEDECINE DE CAEN
ET DE RENNES

A MES MAITRES DES HOSPICES CIVILS DE CAEN

Qui ont guidé nos débuts et ont su développer en nous l'esprit de recherche et le sens profond de la responsabilité.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. TOUZE

Médecin de l'Hôpital d'Etampes

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. AUSSET

Chirurgien de l'Hôpital d'Etampes

INTRODUCTION

En matière de perforation d'ulcères gastro-duodénaux, nous considérons qu'il existe trois périodes à envisager :

1° Une période que nous appellerons historique où, l'intervention d'urgence n'étant pour ainsi dire jamais pratiquée, le diagnostic étiologique des péritonites aiguës n'était qu'anatomique, c'est-à-dire nécropique. Nous ne nous y attarderons pas.

2° Une deuxième période où, la chirurgie permettant l'intervention d'urgence, la fréquence de la perforation d'origine ulcéreuse apparut patente, en même temps que l'on sauvait un très grand nombre de malades.

3° Une troisième période, plus récente, où, sans progrès nouveaux appréciables pour le diagnostic et le traitement chirurgical de la perforation, les médecins ont appris à reconnaître plus aisément ce qui est poussée ulcéreuse ou ce qui ne l'est pas.

De nombreuses publications sur ce sujet ont été produites depuis plusieurs années. Surtout d'inspiration chirurgicale, elles visent toutes à faire connaître les résultats immédiats et éloignés des interventions pratiquées d'urgence

Après avoir visé le but de reconnaître la perforation pour codifier l'urgence de l'acte opératoire, elles cherchent à connaître les résultats de cet acte. Mais on pourrait leur reprocher de ne voir que le résultat global et brutal : diagnostic de la perforation, acte opératoire, justification de telle ou telle technique. En effet, n'y a-t-il pas à distinguer entre les perforations celles qui justifieraient telle ou telle de ces techniques, soit : celles qui ne relèveraient que de la suture et celles qui légitimeraient, lorsque la résistance du sujet le permet, une opération plus complète, et dans ce cas, quelle opération ?

Si nous nous proposons l'étude de ce problème, nous voudrions tenter de l'envisager sous un angle différent. Sans revenir sur le diagnostic, ni sur la technique opératoire, nous chercherons à savoir si, par l'étude clinique, on peut, sinon prévoir, du moins pressentir une réintervention ultérieure lorsque le malade n'a été que suturé, ou si l'on doit d'emblée, lorsque l'état général le permet, pratiquer l'opération préconisée par JUDINE : la gastrectomie. La discussion de cette gastrectomie d'emblée au cours de la perforation, la réserve prudente des chirurgiens à son endroit, le fait qu'en toute franchise elle ne soit pas systématiquement pratiquée nous ont paru justifier notre travail.

Nous avons pensé alors que nous pourrions peut-être trouver dans les antécédents préperforatifs du malade des éléments susceptibles de résoudre, partiellement au moins, cette question. Tel est le sujet et le but de notre travail.

Pour effectuer cette étude, nous avons utilisé comme documents :

a) ceux des observations publiées antérieurement qui comportaient les renseignements cherchés ;

b) des observations que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur BAZY ;

c) les enseignements cliniques de notre Internat à Etampes.

Toutes ces observations se rapportent à des cas où les malades ont été suturés avec ou sans gastro-entérostomie. Nous avons laissé volontairement et systématiquement de côté les cas où, d'emblée, la gastrectomie avait été pratiquée. Comme nous l'avons déjà dit, nous n'avons pas l'intention de plaider en faveur de telle ou telle technique. Nous cherchons simplement à savoir, et l'expérience des chirurgiens consultés nous y autorise, si l'intervention sans exérèse est susceptible d'apporter dans des cas bien précis la guérison que l'on souhaite. Cette guérison ne nous apparaît, en effet, possible dans l'immense majorité des cas qu'avec la résection. Nous ne cherchons pas à voir actuellement si cette résection est utile d'emblée ou plus tard. En effet, nous croyons comprendre que l'exérèse en pleine péritonite comporte une grosse part de risques qui apparaît beaucoup trop importante à la plupart des auteurs. C'est pour cette raison que nous limitons volontairement notre sujet à l'idée directrice définie précédemment : si la gastrectomie reste sur le plan chirurgical l'opération de

choix en matière d'ulcus, certains des ulcus perforés ne se guérissent-t-ils pas par une simple suture? Quels sont-ils? Peut-on les prévoir?

HISTORIQUE

Nous ne saurions passer en revue tous les articles, mémoires et ouvrages qui ont été publiés depuis que l'on connaît l'existence des perforations gastro-duodénales, il s'agirait là d'un travail fastidieux dont on ne saurait tirer aucun profit. Nous allons essayer, au contraire, en puisant dans ces publications, de retracer l'histoire de ces perforations. Nous tenterons de reconnaître les étapes successives de l'évolution de nos connaissances à leur sujet. Cette étude est intéressante en ce sens qu'elle permet de constater des progrès incontestables dans ce domaine limité. En effet, la totalité des malades atteints de péritonite aiguë devait attendre, il y a encore un siècle, l'issue fatale de leur maladie sans que le médecin ait posé un diagnostic de cause ni osé une thérapeutique; de nos jours, le diagnostic est affirmé dès la première visite, le malade est opéré d'urgence et les cas mortels se trouvent ainsi abaissés à 10 à 15 %.

C'est à Vienne, en 1880, le 7 novembre, que MICKULICZ opéra pour la première fois, sans succès d'ailleurs, une perforation gastrique. Malgré l'échec, son exemple, cependant, fut bientôt suivi; c'est ainsi que l'on trouve rela-

tées les interventions pratiquées en 1883 par ROUX, en Suisse, et en 1890 par PONCET et WALTHER en France. Le résultat restait d'ailleurs désastreux. La mort était toujours l'aboutissant de ces tentatives. En 1893, MICHAUX en France obtient le premier succès opératoire. Toutefois, en 1894, MICKULICZ publiait les résultats obtenus depuis 1885 et constatait un pourcentage de morts de 97,15 %. Mais le pronostic décourageant des débuts devait changer. Dès 1897 LE DENTU souligne que la guérison s'obtient dans 34 % des cas. De nos jours, les résultats sont encore plus satisfaisants. Nombreux sont les auteurs qui annoncent une vingtaine de cas sans aucun décès, ainsi PHILIPOWITZ qui obtint 18 bons résultats immédiats sur 18 interventions.

Ces faits ne doivent cependant pas amener à penser que l'on opéra systématiquement dès 1900-1910, époque où la chirurgie commença à se développer d'une façon plus sérieuse et plus rationnelle, toutes les péritonites aiguës. Un article de MONDOR en 1934 (1) en fait foi. Cependant les quelques interventions du début avaient permis en précisant le diagnostic étiologique des syndromes péritonéaux d'établir le tableau clinique des perforations viscérales et d'en reconnaître l'urgence opératoire, comme l'on peut s'en rendre compte en lisant les leçons cliniques de DIEULAFOY à l'Hôtel-Dieu. Dès lors il ne restait plus aux chirurgiens

(1) MONDOR. *Gazette Médicale de France*, octobre 1934.

qu'à se mettre d'accord sur la tactique et la technique opératoire.

Le nombre des études, travaux, statistiques sur cette question est considérable. Quel chirurgien en effet, depuis 1910, n'y a pas apporté sa contribution en offrant à quelque académie les observations recueillies dans son service? Nous ne voulons citer que quelques noms, parmi les plus autorisés : en France, l'on ne saurait parler de perforation sans citer LECÈNE, PATEL, HARTMAN, MONDOR, SAUVÉ, BASSET, WILMOTH, P. DUVAL, tandis qu'à l'étranger ce sont surtout JUDINE, MAYO, ELLIOTT, BROWN, D'ARCY POWER qui ont apporté les contributions les plus importantes.

Si l'indication opératoire est définitivement fixée, l'accord entre eux n'est pas intervenu sur la technique à choisir. La suture simple, la suture avec gastro-entérostomie complémentaire, la gastrectomie d'emblée ou même primitive retardée seulement, ont encore chacune leurs adeptes; mais, toutefois, de leurs études, deux faits ressortent nettement :

1° La mortalité immédiate, dans les perforations gastro-duodénales est tombée de 100 entre 5 et 15 % (selon l'heure de l'intervention par rapport à celle de l'accident) ;

2° Après l'intervention, lorsque la gastrectomie n'a pas été pratiquée, le pourcentage des guérisons définitives ne dépasse pas 55 % et reste même le plus souvent inférieur à ce chiffre.

PRESENTATION DU TRAVAIL

OBSERVATIONS

Nous avons fait remarquer dans le chapitre précédent que la question des résultats éloignés des perforations d'ulcères gastro-duodénaux avait été et continue d'être traitée par des chirurgiens. La presque totalité d'entre eux a naturellement envisagé le problème avec l'état d'esprit chirurgical; ils n'ont entrevu que le côté opératoire et pour eux, seule la technique employée serait susceptible d'influencer les suites de l'intervention.

Nous nous sommes demandés si la clinique ne pouvait pas fournir des renseignements utiles à l'interprétation des résultats et si nous ne pouvions pas tenter de concilier les diverses opinions techniques. Nous avons pensé qu'il pouvait exister une relation entre l'ancienneté des antécédents gastriques présentés par le malade et la reprise des troubles après la guérison de la perforation.

Nous n'avons pas trouvé de publication où le problème fût envisagé sous ce jour et seul MORENO, en 1936 (1),

(1) MORENO-TINAJERO. *Archives Hospitalières*, 1936, N° 4.

relate que dès 1912 et 1913 PETREN et CORNER avaient remarqué que le nombre des guérisons définitives se trouvait plus élevé chez les sujets n'ayant pas présenté de troubles gastriques préperforatifs. BALFOUR, auparavant, avait émis sa boutade bien connue : « Beaucoup d'ulcères naissent perforés et meurent suturés », boutade qui donna lieu à de fort nombreuses polémiques, mais qui ne fut jamais considérée comme exacte. Nous nous sommes en quelque sorte attachés à un contrôle de cette impression.

Nous avons considéré deux ordres de faits :

a) Les plus rares : ceux où la perforation est la première manifestation et le premier accident de la maladie ulcéreuse;

b) Les plus banaux : ceux où la perforation survient chez un sujet qui a présenté antérieurement des crises douloureuses périodiques; celles-ci avaient été étiquetées ulcus et nous avons le droit de les attribuer rétrospectivement à une ulcération gastro-duodénale évoluant depuis une date plus ou moins lointaine.

Nous avons recueilli 32 observations qui rentrent dans le cadre des plus rares. Elles forment le groupe I. 25 d'entre elles ont été relevées dans des publications antérieures. 6 sont celles de malades que nous avons pu joindre et interroger nous-même. Leur nombre est certes peu élevé; cela est dû aux circonstances actuelles qui ne nous ont pas permis de retrouver tous les sujets opérés pour perforation depuis déjà quelques années.

OBSERVATIONS DU GROUPE I

OBSERVATION I

METZGER (Thèse de Paris 1925)

Ch. Sch., 58 ans, lithographe.

Antécédents nuls.

Opéré le 31 août 1923 d'une perforation d'ulcus prépylorique.

Suture simple.

Revu en novembre 1924; se porte bien, mange de tout sans souffrir. La vérification radiologique montre un estomac normal.

OBSERVATION II

METZGER (Thèse de Paris 1925)

O. C..., 52 ans, dégraisseur.

Antécédents préperforatifs nuls.

Opéré le 10 mai 1923 d'une perforation de la face antérieure du duodénum. Suture et G. E.

Revu en 1924: est très bien portant; a très bon appétit, ne souffre absolument pas.

Vérification radiologique: rien d'anormal, évacuation mixte.

OBSERVATION III

CURTILLET (*Presse Médicale*, 1937)

Ca..., 31 ans.

Aucun antécédent gastrique.

Opéré à la 4^e heure; suture simple.

Revu après 4 ans et demi; se considère comme tout à fait guéri, mange de tout.

OBSERVATION IV

CURTILLET (*Presse Médicale*, 1937)

Ga..., 30 ans.

Aucun antécédent gastrique.

Opéré d'un ulcère du pylore.

Revu après 18 mois; après avoir présenté quelques crises douloureuses qui débutèrent aussitôt après l'opération et durèrent deux mois, va très bien, mange de tout, a repris du poids.

OBSERVATION V

GANDY (Thèse de Paris 1934)

M. S..., 42 ans.

Antécédents nuls.

Opéré en février 1924 d'une perforation de la petite courbure.

Revu en 1926; ne présente aucun trouble, digère très bien et a grossi.

OBSERVATION VI

GANDY (Thèse de Paris 1934)

M. V..., 27 ans.

Présente depuis une vingtaine de jours de légers troubles dyspeptiques lorsqu'il perfore, en 1930, un ulcus gastrique.

Il est revu 6 ans après; ne se plaint d'aucun trouble; la gastroscopie ne révèle qu'une muqueuse absolument normale.

OBSERVATION VII

GANDY (Thèse de Paris 1934)

M. C..., 32 ans.

Antécédents nuls.

Opéré d'une perforation gastrique en mars 1931.

Après un laps de temps de 5 mois, il présente quelques douleurs vagues en même temps qu'apparaît une éventration.

Il est réopéré pour cette éventration en octobre 1931. Le malade a été surveillé dans les années ultérieures, il ne présente plus aucun trouble, ne souffre plus et mange de tout.

OBSERVATION VIII

GANDY (Thèse de Paris 1934)

Mme P..., 17 ans.

Souffre depuis 4 jours lorsqu'elle perfore un ulcère en mai 1922.

La malade a été suivie après son opération: elle n'a plus jamais présenté de troubles digestifs. Une scopie de vérification pratiquée en 1929 a montré un estomac normal.

OBSERVATION IX

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. A... Paul, 30 ans.

Aucun antécédent gastrique.

Opéré en octobre 1931 pour perforation gastrique; suture.

Revu en fin 1932; état général très bon, a repris 9 kilogs, ne ressent aucune douleur, a un fort appétit.

OBSERVATION X

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. Eugène ...

Aucun antécédent.

Opéré pour perforation gastrique le 24-10-1927.

Suture et G. E.

Revu en 1932; ne souffre pas, digère bien.

OBSERVATION XI

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. E... Lazare, 65 ans.

Pas d'antécédents gastriques.

Perforation en juin 1928; suture et G. E.

Revu en 1932; ne souffre pas, ne vomit pas, a repris du poids.

OBSERVATION XII

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. C... Jean-Louis, 38 ans.

N'avait jamais souffert de l'estomac.

Perforation en mars 1925; suture et G. E.

Revu en 1932; ne présente aucun symptôme pathologique.

Rx. image normale. Evacuation par le pylore.

OBSERVATION XIII

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. B... Marius, 30 ans.

Aucun antécédent.

Perforation en avril 1939; suture et G. E.

Revu en 1932; ne souffre pas, pas de vomissements, a pris du poids.

Rx. évacuation mixte lente mais normale.

OBSERVATION XIV

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. F... Joseph, 31 ans.

Antécédents gastriques nuls.

Opéré en juillet 1926; suture et G. E.

Revient consulter en 1932 parce qu'il présente avant et après les repas quelques renvois acides sans vomissements. D'autre part, il a repris du poids.

Rx. estomac en cascade, évacuation mixte.

OBSERVATION XV

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. F...Yvan.

Souffrait depuis 15 jours quand il perfore un ulcère en 1924.

En 1927, se plaint de temps à autre de quelques douleurs, ne présentant pas le caractère ulcéreux et jamais accompagnées de vomissements.

OBSERVATION XVI

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. G... Alexandre.

Souffre depuis 8 jours quand il perfore un ulcère en octob. 1923.

Suture et G. E.

Revu en 1924; va très bien, ne se plaint de rien.

OBSERVATION XVII

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. B... Pierre, 23 ans.

Aucun antécédent gastrique.

Opéré pour perforation en juin 1928; suture et G. E.

Revu en novembre 1931; va très bien, a grossi, ne souffre pas.

OBSERVATION XVIII

LECÈNE (B. et M. Société de Chirurgie 1924)

Soldat de 20 ans opéré en 1916 d'une perforation duodénale.

N'avait aucun passé gastrique.

Suture et G. E.

En 1923, se portait très bien, aucun trouble digestif.

OBSERVATION XIX

LECENE (B. et M. Société de Chirurgie 1924)

Malade sans passé gastrique opéré en août 1911 pour perforation.

Réopéré en 1923 pour troubles dyspeptiques avec douleurs tardives et vomissements depuis un an.

Il s'agit d'une récurrence d'ulcère après 11 ans.

OBSERVATION XX

PERRIN (*Lyon Chirurgical*, 1924)

Ulcus perforé du versant duodénal du pylore.

Suture et G. E.

Le malade, qui n'avait jamais souffert auparavant déclare que depuis l'opération qui date de plus de 2 ans, il n'a pas varié de poids, ne suit aucun régime et cependant digère bien.

Les deux réactions de Weber pratiquées ont été négatives.

Rx., évacuation pylorique; bouche obstruée.

OBSERVATION XXI

PEYCELON et BERNAY (*Lyon Médical*, 1934)

M. P..., 42 ans.

Depuis quelques jours : brûlures, vomissements acides le matin, lassitude, amaigrissement.

Perforation en juillet 1933; suture et G. E.

Revu en février 1934; malade gros et gras, digérant bien et ayant bon appétit.

Rx., bon fonctionnement, évacuation principale par la bouche.

OBSERVATION XXII

BIZARD et MALATRAY (*Echo Médical du Nord* 1935)

M. S... Léon, 49 ans.

Est opéré à la 5^e heure en juin 1929 d'une perforation, n'avait jamais souffert auparavant de l'estomac.

Revu en 1934; se considère comme guéri, ne présente aucun trouble digestif, a repris force et poids.

OBSERVATION XXIII

BIZARD et MALATRAY (*Echo Médical du Nord* 1935)

M. R... Pierre, 25 ans.

N'a jamais souffert de l'estomac.

Est opéré en août 1930 pour perforation.

Revu 4 ans après; ne souffre pas, ne vomit pas mais a un peu maigri.

OBSERVATION XXIV

BIZARD et MALATRAY (*Echo Médical du Nord* 1935)

M. V... Jean, 30 ans.

Antécédents nuls.

Perforation gastrique en juillet 1931.

Revu en 1934; état excellent, ne souffre pas, digère bien; se considère comme complètement guéri.

OBSERVATION XXV

MORENO (*Archives Hospitalières* 1936)

M. Vi., 50 ans.

Aucun antécédent ulcéreux, dit l'auteur, malgré des troubles dyspeptiques dans les semaines précédentes.

Perforation en janvier 1934.

Se porte très bien pendant un an puis recommence à souffrir.

On réintervient et on constate la présence d'un nouvel ulcère.

OBSERVATION XXVI

PHAM KHAC HY (Thèse de Hanoï 1938)

M. Do Van Lap..., 27 ans.

Aucun antécédent gastrique.

Opération en février 1936 pylore; suture et G. E.

Revu en mars 1938; va très bien, ne se plaint d'aucun trouble.

Rx., image normale.

OBSERVATION XXVII

DE MOURGUES (Thèse de Lyon 1932)

M. Louis..., 53 ans.

Perforation sans antécédents en février 1925; suture et G. E.

Sort guéri en mars.

Le malade est mort en 1932 d'un cancer de l'estomac; son fils qui nous a informé de ce résultat nous dit que pendant longtemps il n'a pas souffert et digéra très bien.

OBSERVATION XXVIII

(Inédite)

M. D... Eugène, 37 ans, manœuvre.

Aucun antécédent gastrique quoiqu'il avoue des habitudes d'intempérance. Il savait bien manger et bien boire sans en éprouver le moindre trouble digestif.

Perfore en mai 1936, sans aucun prodrome, un ulcère gastrique.

Obturation en bloc, malade très shocké.

Sort de l'hôpital en juillet.

Reprend ses habitudes et boit de plus en plus.

Revu en novembre 1942; va très bien, travaille normalement; se plaint seulement, quand il est fatigué, d'une légère douleur au niveau d'une petite hernie épigastrique à l'endroit de sa cicatrice.

OBSERVATION XIX

(Inédite)

M. G... Jean, 43 ans.

Aucun antécédent gastrique.

Perforation d'ulcus en avril 1933.

En novembre 1942, nous dit que depuis son opération il va très bien, ne souffre jamais, digère très bien et de tout.

Rx. de contrôle en 1935 : image normale.

OBSERVATION XXX

(Inédite)

M. G... Maurice, 37 ans.

N'a jamais souffert de l'estomac et ne s'est jamais plaint de troubles digestifs lorsqu'en juillet 1938, il présente quelques éructations, digestions lentes; ces petits malaises existent depuis 8 jours lorsqu'il perfore, après une impression de malaise ayant duré une heure, un ulcus.

Sort de l'hôpital 15 jours après; se considère comme guéri, ne souffre pas et digère bien.

Toutefois, au bout d'un an, il a maigri et malgré l'absence de tout signe digestif son médecin lui conseille une gastrectomie qu'il accepte.

Va bien depuis cette réintervention; suit un régime normal, mais n'a pas repris de poids.

OBSERVATION XXXI

(Inédite)

M. D..., 52 ans.

Aucun antécédent gastrique.

Perfore un ulcus duodéal en mars 1926.

Revu en novembre 1942; est complètement guéri, ne souffre pas, ne vomit jamais, n'a cependant jamais suivi de régime.

OBSERVATION XXXII

CHAPPELART (Thèse de Paris 1939)

Ba..., 40 ans.

N'a jamais eu d'antécédents gastriques lorsqu'il perfore un ulcus sur la face antérieure du bulbe.

Suture et G. E.

Aussitôt après l'opération, commence à souffrir; se plaint ainsi pendant 11 ans, mais tous les examens recherchant une évolution ulcéreuse sont négatifs.

On pratique une gastroscopie: elle révèle une gastrite érosive pseudo-membraneuse qui cède très rapidement au régime et traitement approprié.

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES OBSERVATIONS DU GROUPE I

N° Obs.	Age	Sexe	Antécéd.	Techn. opér.	Siège	Laps de temps écoulé dep. l'opérat.	Résultat
I	58	M	0	sut. simple	pyl.	15 mois	Guérison complète.
II	52	M	0	sut. et G. E.	duo.	18 mois	Guérison complète.
III	31	M	0	sut. simple	—	4 ans 1/2	Guérison complète.
IV	30	M	0	»	—	18 mois	Guérison complète.
V	42	M	0	»	—	2 ans	Guérison complète.
VI	27	M	20 j.	»	P. C.	6 ans	Guérison complète.
VII	32	M	0	»	—	3 ans	Guérison complète.
VIII	17	F	4 j.	»	—	7 ans	Guérison complète.
IX	30	M	0	»	—	1 an	Guérison complète.
X	—	M	0	sut. et G. E.	—	5 ans	Guérison complète.
XI	65	M	0	»	—	4 ans	Guérison complète.
XII	30	M	0	»	—	3 ans	Guérison complète.
XIII	38	M	0	»	—	7 ans	Guérison complète.
XIV	31	M	0	»	—	6 ans	Souffre un peu.
XV	—	M	15 j.	»	—	3 ans	Souffre un peu.
XVI	—	M	8 j.	»	—	2 ans	Guérison complète.
XVII	23	M	0	»	—	3 ans	Guérison complète.
XVIII	20	M	0	»	—	7 ans	Guérison complète.
XIX	31	M	0	»	duo.	13 ans	Récidive ulcéreuse.
XX	—	M	0	sut. simple	—	plus de 2 ans	Guérison complète.
XXI	42	M	20 j.	sut. et G. E.	pyl.	12 mois	Guérison complète.
XXII	49	M	0	»	—	5 ans	Guérison complète.
XXIII	25	M	0	sut. simple	—	4 ans	Guérison complète.
XXIV	—	M	0	»	—	3 ans	Guérison complète.
XXV	50	M	dout.	sut. simple	—	1 an	Récidive ulcéreuse.
XXVI	26	M	0	sut. et G. E.	pyl.	2 ans	Guérison complète.
XXVII	53	M	0	»	—	7 ans	Mort de cancer.
XXVIII	57	M	0	sut. simple	—	6 ans	Guérison complète.
XXIX	43	M	0	»	—	9 ans	Guérison complète.
XXX	37	M	0	»	—	4 ans	Guérison complète.
XXXI	52	M	0	»	—	16 ans	Guérison complète.
XXXII	40	M	0	sut. et G. E.	pyl.	11 ans	Gastrite érosive.

OBSERVATIONS DU GROUPE II

Afin de pouvoir établir un parallèle, nous allons maintenant donner des observations concernant des cas où les antécédents préperforatifs furent certains. Ces observations, qui formeront le groupe 2, pourraient être fort nombreuses puisqu'elles rentrent dans la catégorie des perforations habituelles. Nous allons donc nous borner d'en résumer quelques-unes en un tableau synoptique. Ces observations, à part quelques-unes qui sont inédites, ont été recueillies au hasard de nos recherches. Nous n'avons relevé que celles pour lesquelles les antécédents ne présentent aucun doute.

N° Obs.	Référence	Age	Sexe	Antécédents	Acte o
I	Inéd. B... L.	43	M	très ancien	sut sim
II	Inéd. M... A.	40	M	10 ans	>
III	Inéd. Br...	32	M	10 ans	>
IV	Inéd. C... D.	57	M	18 ans	>
V	Inéd. C... V.	49	M	9 ans	sut. C.
VI	Inéd. D... J.	30	M	22 ans	>
VII	Inéd. J... Y.	31	M	1 an	>
VIII	Inéd. B... L.	44	M	5 ans	>
IX	CURTILLET, P. Méd. 1931	51	M	5 ans	>
X	>	40	M	2 ans	>
XI	>	32	M	15 ans	>
XII	>	31	M	très ancien	>
XIII	>	45	M	6 ans	>
XIV	>	23	M	8 ans	>
XV	>	51	M	5 ans	>
XVI	>	29	M	6 mois	>
XVII	>	30	M	4 ans	>
XVIII	PERRIN, Lyon Chir. 1924	38	M	très ancien	>
XIX	CHAPPELART, Th. Paris 39	43	M	12 ans	sut. sim
XX	>	59	M	30 ans	>
XXI	>	33	M	6 ans	sut. G.
XXII	>	40	M	10 ans	sut sim
XXIII	>	38	M	1 an	>
XXIV	>	43	M	4 ans	>
XXV	>	44	M	6 ans	sut. G.
XXVI	>	42	M	9 ans	sut. sim
XXVII	>	34	F	très ancien	sut. G.
XXVIII	>	37	M	3 ans	>
XXIX	>	36	M	plus. crises	sut. sim
XXX	>	31	M	2 ans	sut. G.
XXXI	>	46	M	5 ans	>
XXXII	>	37	M	très ancien	>
XXXIII	GANDY, Th. Paris 1934	33	M	très ancien	sut. sim

Résultats

Souffre irrégulièrement 1 à 3 jours par semaine, éventr. Rx: bulbe déformé.

Ne souffre plus, parfois un point douloureux post-prandial. Rx: bulbe déformé.

Bien pendant un an, puis crises périodiques à type ulcéreux.

Va très bien, ne souffre plus jamais.

Va très bien, n'a jamais souffert depuis l'intervention.

Reprise ulcéreuse vérifiée à la réintervention.

Reprise crises douloureuses; ulcus peptique, gastrectomie.

Reprise douleurs à type périodique, 3 heures après les repas; récurrence.

Va très bien; bulbe gros, atonique, souple, indolent; évacuation normale.

Va très bien; bouche morphologiquement et fonctionnellement normale.

Va très bien, évacuation normale.

Souffre toujours depuis son opération.

Va très bien, mais signes radiologiques de péridaïtrite.

Va très bien, mais signes radiologiques de péridaïtrite.

Va très bien, a fait de la péridaïtrite, mais maintenant fonctionnement normal.

Souffre toujours depuis son opération.

Continue à souffrir comme avant.

Va très bien.

Récurrence ulcéreuse.

Récurrence ulcéreuse.

Récurrence ulcéreuse.

Récurrence ulcéreuse.

Récurrence ulcéreuse.

Douleurs tardives calmées par alimentation et alcalins.

Douleurs; péridaïtrite et ulcus peptique.

Va très bien; n'a jamais souffert depuis l'opération.

Va très bien.

Cancer.

Reprise des douleurs; réintervention: gros ulcère calleux.

Va très bien.

Va très bien.

Va très bien.

Reprise des douleurs; gastrectomie: gros ulcère.

DISCUSSION

Tout d'abord nous tenons à faire remarquer une fois encore que nos observations du premier groupe concernent uniquement des malades qui n'ont jamais présenté d'antécédents gastriques ou du moins, qui n'ont présenté des troubles digestifs que depuis un laps de temps très court, c'est-à-dire des cas où la perforation est apparue comme le symptôme initial, ou comme l'aboutissant d'une première crise d'ulcus gastro-duodénal. Ces cas semblent tout de même exceptionnels. 26 de nos malades rentrent dans la première catégorie; ils n'ont jamais souffert de l'estomac, ils n'ont jamais vomi après les repas. 5 rentrent dans la deuxième : ils ont éprouvé quelques troubles dyspeptiques, le plus souvent d'ailleurs très vagues, dans les 4 à 20 jours au maximum avant l'accident. Des prodromes immédiats ont été relevés dans 2 ou 3 cas; ils se sont manifestés trois heures au plus avant la perforation.

Etude des notions étiologiques.

Au sujet de cette existence ou non des antécédents pré-perforatifs, nous avons consulté de très nombreux articles

et mémoires; nous y avons étudié plusieurs centaines d'observations et, certes, nous en avons trouvé plus de 25 où ces antécédents étaient absents, mais dans leurs travaux, ou bien les auteurs n'indiquent pas nettement ce que furent les antécédents ou bien ils ne précisait pas expressément dans l'étude des sequelles si celles-ci avaient une allure ulcéreuse ou non. Ces lacunes expliquent le nombre réduit de faits solides sur lesquels nous avons pu tableer. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai que l'absence d'antécédents est rare. Il a été remarqué par tous les auteurs et des statistiques ont même été établies. MONDOR (1) le note dans 10 % des perforations, tandis que JUDINE (2) et DEEVER le rencontrent dans 20 % des cas.

Les travaux plus récents donnent à peu près les mêmes résultats :

CURTILLET (3)	11 %
PATERSON BROWN (4)	12 %
HILTON.	19 %
GANDY (5)	14 %

Peut-on, d'après nos observations, reconnaître à ce syndrome perforatif d'emblée, des notions étiologiques particulières? Non. Dans 30 cas sur 31, il s'agit d'hommes; leur âge varie de 17 à 65 ans avec une prédilection évi-

(1) MONDOR. *Gazette Médicale de France*, octobre 1934.

(2) JUDINE. *Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1929.

(3) CURTILLET. *Presse Médicale*, 1937.

(4) BROWN et PATERSON. *Edimbourg Medical Journal*, avril 1915.

(5) GANDY. Thèse de Paris, 1934.

dente pour la trentaine. Lorsque le siège de la perforation a pu être noté, il s'agit presque toujours d'un ulcus duodénal ou pylorique. La petite courbure (un cas) et la face postérieure en sont le plus souvent exemptes. En conséquence, si nous comparons ces quelques remarques aux notions étiologiques données en 1934 par GANDY dont la thèse représente une des plus récentes études sérieuses de la question, nous constatons qu'il n'existe pas la moindre différence. Les conclusions sont semblables: l'homme de 30 à 40 ans est le sujet qui perfore le plus souvent un ulcère qui siège presque toujours sur la face antérieure de la région pyloro-duodénale, ce qui, d'ailleurs, ne fut pas toujours la règle puisque les auteurs du début du siècle constataient, à cette époque, que les deux tiers des victimes de perforations étaient des femmes; ils trouvaient même le fait très plausible... mais ceci n'est pas notre sujet!

Etude des résultats éloignés en général.

Etudions maintenant ce que sont les résultats éloignés chez les perforés. C'est là que réside l'intérêt de la question, car c'est de cette étude que nous pourrons tirer des conclusions. Il nous faut d'abord rappeler comment se présentent ces résultats éloignés dans les cas habituels des perforations. Les mauvais résultats y sont très fréquents, les malades recommençant à souffrir quelques mois après l'opération. Voici d'ailleurs quelques statistiques à ce sujet, elles

sont assez discordantes, cela tient d'une part à l'intervention pratiquée et d'autre part au recul de temps écoulé depuis l'intervention. Vues en général, et sans précision sur le mode opératoire les mauvais résultats sont estimés par :

ELLIOTT (1), à	61 %
FERMAUD (2), à	33 %
JUDINE, à.	45 %
PATERSON BROWN, à.	35 %
LEWISHOWN (3), à.	29 %
DE MOURGUES (4), à	39 %
GANDY, à.	53 %

Les auteurs qui ont tenu compte, dans leurs résultats, de la technique employée donnent les chiffres suivants (5) :

Sans G. E. :

CALVET, 10 mauvais résultats pour 15 bons, soit 40 %.

PHILIPOWITZ, 5 mauv. résult. pour 12 bons, soit 41 %.

SOSTEGNI, 15 mauvais résultats sur 15 cas, soit 100 %.

Avec G. E. :

CLAVEL et CORAJOD, GUILLEMINET, 18 bons résultats pour 23 mauvais, soit 43 %, donc : 57 % de mauvais.

JUDINE, 25 bons pour 23 mauvais, soit 48 %, donc 52 % de mauvais.

(1) ELLIOTT. *Annals of surgery*, 1912.

(2) FERMAUD. *Revue de Médecine de la Suisse Romande*, 1929.

(3) LEWISHOWN. *Annals of surgery*, 1928.

(4) DE MOURGUES. Thèse de Lyon, 1932.

(5) MORENO. *Archives Hospitalières*, 1936.

En résumé, le mauvais résultat est très fréquent: 40 à 50 % des sujets opérés continuent à souffrir soit aussitôt après leur perforation, soit dans les mois qui suivent. Ces données coïncident d'ailleurs avec les conclusions que nous pouvons tirer de notre deuxième groupe d'observations où l'on note: pour 33 malades opérés, les guérisons solides se montent à 15 pour 18 mauvais résultats, soit un pourcentage de ceux-ci égal à 55 %.

Quelles sont alors les complications qui se présentent? Pourquoi les malades continuent-ils à souffrir? Quelles sont les suites pathologiques de l'intervention?

1° Il y en a qui sont aisément explicables. Ce sont les gênes mécaniques que l'on peut logiquement ou du moins vraisemblablement expliquer par la suture, mais nous ne devons pas en tenir un compte exclusif. Nous avons vu en effet, des sujets porteurs (après la suture en bourse) de grosses déformations bulbaires. Ces déformations, lorsqu'elles ne sont pas le siège d'une évolution ulcéreuse, ne provoquent généralement chez le malade aucun trouble ni aucune douleur.

2° Les périgastrites: étant donné qu'on laisse l'ulcus en place et avec lui la gastrite résiduelle, il est quasi impossible de trancher la question de savoir si l'ulcus évolue encore ou si le processus adhérentiel et surtout sa cause évolue pour son propre compte. Ce distinguo spécieux n'a aucun intérêt en pratique, car, à nos yeux, si le diagnostic de périviscérite est fait ou si les adhérences sont retrouvées

au cours d'une réintervention pour séquelles atypiques, une seule indication s'impose: la gastrectomie, la simple libération d'adhérences ne suffisant plus. CHIRAY et CHÈNE ont insisté à plusieurs reprises sur ce point dans leur ouvrage : Ptose gastrique et colique, Masson, éditeur, 1939, p. 31.

3° L'ulcus perforé et suturé continue à évoluer et c'est là, pensons-nous, l'essentiel de cette étude. C'est une éventualité assez fréquente lorsqu'il s'agit de perforations qui sont l'aboutissant ou plus exactement une des étapes de la maladie ulcéreuse. PATERSON et BROWN citent 5 cas sur 49 où la reprise ulcéreuse fut évidente. CHAPPELART rapporte 7 cas sur 23 et GANDY 18 sur les 29 mauvais résultats constatés dans ces observations. Nous-mêmes, nous constatons que sur les observations du 2^e groupe, nous avons sur les 18 mauvais résultats 13 cas où justement le mauvais résultat doit être attribué à une reprise de l'évolution de la maladie ulcéreuse. A ce problème se rattache le problème des perforations itératives et celui des perforations multiples. Il s'écarte de notre sujet mais nous nous devons de faire remarquer que les quelques observations qui en existent concernent toutes des cas où les antécédents préperforatifs étaient notoires (1).

Nous devons également envisager quels sont les éléments qui vont nous permettre de dire « ulcus en évolution » ou non. Ce n'est sûrement pas un simple examen

(1) GOSSET. *Presse Médicale*, 1938.

radiologique, car nous avons vu maintes fois et, ne l'aurait-on vu qu'une fois, elle suffirait, que le bulbe était complètement déformé par la suture sans que le malade n'éprouvât pour cela aucun trouble. Nous considérons donc comme tests de non-évolution ulcéreuse les signes suivants: le malade se porte bien et poursuit sans inconvénients son activité habituelle; il n'éprouve jamais (ceci pendant des mois et des années) des crises douloureuses évoluant cycliquement; ne vomit jamais et les recherches de sang dans les selles se révèlent constamment négatives.

Le tableau étiologique et pathogénique des mauvais résultats constatés à la suite des perforations survenant au cours de la maladie ulcéreuse étant ainsi dressé, nous allons maintenant étudier si nous rencontrons dans nos observations concernant des perforations d'emblée les mêmes suites opératoires et notamment si nous pouvons y constater un pourcentage aussi élevé de reprises ulcéreuses ou de persistance du syndrome ulcéreux évolutif post-opératoire.

Etude des résultats éloignés dans nos observations.

Groupe I.

Nous avons 32 malades. Le recul du temps entre l'opération et l'examen de contrôle est variable. Il est parfois très grand puisqu'il s'étend entre 1 et 12 ans. La technique opératoire est presque toujours indiquée. Elle a consisté dans la majorité des cas (19) en une simple suture,

l'état du patient ne permettant pas le plus souvent une intervention plus longue et plus pénible. Dans 14 cas, au contraire, il a été pratiqué une gastro-entérostomie complémentaire. Nous n'avons pas relevé d'observation avec gastrectomie d'emblée.

Quels sont les résultats?

1° Vingt-six de nos malades sont complètement guéris. Ils ne souffrent pas, ne vomissent pas, digèrent bien. La plupart d'entre eux n'a cependant jamais suivi de régime spécial depuis leur opération; ils ont même, parfois, repris leurs habitudes d'intempérance et retrouvé les différents facteurs néfastes occasionnés par leur activité sociale, facteurs que l'on pourrait incorporer parmi les causes favorisantes d'une maladie ulcéreuse. En plus des signes cliniques que nous venons de rapporter, et ce sont eux l'essentiel pour le malade, dans un certain nombre de cas, un examen radiologique ou une gastroscopie ont été faits. Ils n'ont jamais révélé une image pathologique. Lorsqu'il y avait eu une gastro-entérostomie, l'évacuation était tantôt mixte, tantôt unique, l'un ou l'autre des orifices fonctionnant parfaitement. Nous sommes donc en droit de considérer ces malades comme jouissant d'une guérison solide et cela, d'autant plus que cette guérison est permanente depuis fort longtemps : 16 ans dans l'observation 31. Pouvons-nous voir un rapport entre ces bons résultats et l'acte opératoire lui-même? Non. La suture simple et la suture avec gastro-entérostomie complémen-

taire comptent autant de succès — 14 et 12 cas respectivement. Nous ne voulons pas en tirer actuellement de conclusions. Notons seulement ce résultat: avec ou sans gastro-entérostomie, 26 guérisons définitives sur 32 perforations d'emblée, soit un pourcentage de 81,2 %.

2° L'observation n° 27 concerne un malade que son fils nous a appris être mort en 1932. Le médecin praticien qui le suivait, avait posé le diagnostic de cancer de l'estomac. Sa mort est survenue 7 années après sa perforation mais nous savons qu'il est resté « tranquille », a dit son fils, pendant des années après son retour de l'hôpital. Nous ne l'avons pas inscrit sur la liste des gens guéris quoiqu'il semble qu'une évolution ulcéreuse fût très improbable après la perforation, perforation à laquelle il nous est d'autre part, impossible d'attribuer le développement d'un processus néoplasique, celui-ci étant tout à fait susceptible de se développer sur des tissus n'ayant jamais subi le moindre trouble.

3° Les observations n° 14, 15 et 32 nous montrent des malades opérés depuis 3, 6 et 11 ans. Les deux premiers se plaignent de quelques petites crises douloureuses qui surviennent de temps à autre, ne les forçant jamais à interrompre leur travail, n'affectant jamais non plus le type ulcéreux et n'étant jamais accompagnées de vomissements ni même de nausées. Le malade de l'observation 32 présente un tableau un peu différent; il a toujours souffert depuis son opération. Depuis 11 ans, tout en conservant

son activité, il a ressenti des douleurs dans la région gastrique, douleurs survenant sans horaire fixe, non accompagnées de vomissements et nous ignorons quel était sur elles l'effet de l'ingestion d'aliments ou d'alcalins. Quoiqu'il en soit, il semble bien qu'elles ne furent pas intolérables puisque le malade ne consulta qu'après 11 ans! Ces trois malades ont subi un examen complet. L'examen clinique n'a permis de déceler aucun processus ulcéreux et les images radiographiques n'ont jamais révélé la présence d'un ulcus. Dans deux cas, des réactions de Weber furent pratiquées sur les selles. Jamais la moindre trace de sang n'y fut reconnue. L'examen du malade de l'observation 32 fut complété par une gastroscopie et le diagnostic de gastrite érosive pseudo-membraneuse fut posé; un traitement consistant en régime, bismuth et collargol fut essayé: les douleurs rétrocédèrent en quelques jours.

En conséquence, ces trois malades ne peuvent pas être considérés comme complètement guéris mais il est juste d'affirmer que les douleurs ressenties ne sont pas le présage d'une affection grave et qu'elles ne sont surtout pas le témoin d'un processus ulcéreux nouveau ou récidivant.

4° Et cependant la récurrence post-perforative existe. Nous en retrouvons un cas dans l'observation n° 19; cette observation publiée par LECÈNE nous décrit l'histoire d'un homme de 43 ans qui, sans avoir jamais souffert antérieurement, perfore un ulcus en 1911. Il est apparemment guéri pendant 11 ans, mais dès 1922 il ressent des troubles dyspeptiques constitués par des douleurs tardives et

des vomissements. Le malade attend un an pour consulter. Pendant ce temps les douleurs ont affecté le type ulcéreux et, en 1923, LECÈNE pratique une gastrectomie; l'examen de la pièce permet de reconnaître la présence d'un nouvel ulcère. Il est curieux de remarquer la naissance de cette maladie ulcéreuse 12 ans après la perforation, mais il est surtout important de constater l'évolution différente d'un ulcus chez le malade. En effet, si le terrain était favorable au développement d'un processus ulcéreux, si ce terrain était tel qu'on le trouve chez la plupart des ulcéreux, et la preuve en est l'évolution classique secondaire, pourquoi, dans le premier cas, les incidents préperforatifs n'ont-ils pas existé? Ne doit-on pas voir là la possibilité de deux affections fort différentes dont l'une serait le syndrome de Cruveilhier et l'autre un syndrome rare, non encore défini, syndrome dont l'étiologie et la pathogénie nous sont encore inconnues.

L'observation n° 25 signale, elle aussi, mais un an seulement après la perforation, l'existence d'un nouvel ulcère gastrique. L'auteur nous fait remarquer que les antécédents de ce malade sont douteux. Il a classé ce cas parmi les malades sans antécédents mais il a fait remarquer que ce malade souffrait; les douleurs qui existaient depuis plusieurs semaines, n'affectaient pas, dit-il, le type ulcéreux. Aucun examen clinique complet ne nous est signalé avant l'intervention. Nous pensons donc qu'il se pouvait agir d'une maladie ulcéreuse à symptomatologie peu marquée. Nous ne ferons donc pas intervenir ce cas dans nos con-

clusions. Il pourra être tout au plus un exemple de maladie ulcéreuse à évolution tenace et rapide où la perforation y apparaît comme un épisode suraigu qui ne modifie en rien la marche fatale de la maladie.

Nous n'avons pas signalé que les opérations pratiquées sur ces deux malades ont consisté en une suture simple. Il est impossible de discriminer ce procédé et de soutenir que si une gastro-entérostomie avait été ajoutée, le processus ulcéreux ne se serait pas développé ultérieurement, en effet il existe de nombreuses autres observations où l'absence de gastro-entérostomie n'a cependant pas provoqué la reprise du processus pathologique.

Nos conclusions portent donc sur 31 cas. Nous avons constaté 26 guérisons complètes et solides, soit un pourcentage de 83,7 %. Trois autres malades continuent à souffrir de temps à autre; le peu de gravité des troubles présentés ne permet pas de les classer parmi ce que les auteurs appellent les mauvais résultats. Enfin un processus ulcéreux est réapparu dans un cas, c'est-à-dire, en généralisant, dans un pourcentage égal à 3 %.

Groupe II.

Bien différentes seront les constatations que nous pourrions faire en étudiant les observations du groupe II. Tout d'abord le nombre des résultats satisfaisants est beaucoup moins élevé: il se monte à 15, ce qui représente un pourcentage de 45 %. Voyons maintenant les caractéristiques

concernant les 18 mauvais cas. L'observation n° 28 nous montre une transformation maligne très rapide. En effet, si l'observation n° 27 du groupe I nous montrait un malade victime d'un cancer gastrique 7 ans après son accident perforatif, cette observation relate au contraire un cancer dont l'existence et la marche rapide sont révélées 8 mois seulement après la perforation. Il apparaît donc comme probable que la tumeur s'est développée sur la cicatrice de la lésion ou du moins que celle-ci a agi comme cause favorisante dans le développement de cette tumeur. Parmi nos mauvais résultats, nous avons encore quatre malades (Obs. I, XII, XVI, XVII) qui ont souffert continuellement depuis leur opération. L'observation n° I est d'ailleurs un peu équivoque, car l'auteur qui la rapporte signale la présence d'une éventration en même temps qu'une déformation bulbaire constatée à la radio. La cause réelle de la douleur est donc assez difficile à définir. Pour les trois autres, il en va fort différemment; il s'agit en toute vraisemblance de périviscérites, affection contre laquelle aucune thérapeutique médicale ne peut se révéler efficace.

Nous trouvons par contre symptomatique le fait que 39 % de nos malades, soit 13 d'entre eux aient vu, quelquefois fort peu longtemps après l'intervention (8 mois dans l'observation XXXIII), le mal dont ils se croyaient libérés, reprendre son évolution. Ce phénomène nous paraît logique car si, comme l'ont affirmé de nombreux auteurs, la suture d'un ulcus favorise non seulement sa cicatrisation

mais encore souvent sa disparition, il n'en reste pas moins vrai que le terrain ne peut pas se trouver modifié du fait de l'intervention. En conséquence, nous trouvons normal que, dans ces conditions, à défaut de la reprise possible de l'évolution de l'ancien, un nouvel ulcère se développe dans les années ultérieures. Il n'en est pas moins vrai que ces résultats sont décourageants et que, n'était la gravité d'une intervention sérieuse chez un malade très shocké, la suture, avec ou sans gastro-entérostomie devrait être presque toujours proscrite en faveur de la gastrectomie qui seule amène des résultats vraiment satisfaisants. Notons en passant que nous ne sommes pas seuls à donner des chiffres aussi défavorables; rappelons seulement que CHAPPELART, dans une étude en 1939, avait relevé 18 récurrences ulcéreuses sur les 29 mauvais résultats constatés dans une série de 40 observations.

Déductions.

Ayant ainsi comparé les résultats éloignés des opérations pour perforations gastro-duodénales dans nos groupes I et II d'observation, nous sommes convaincus qu'il existe une relation très intime entre l'existence des antécédents préperforatifs et l'évolution post-opératoire des ulcères. Le malade qui présente une perforation sans antécédents douloureux fait un accident qui n'aura, en général, pas de lendemain; le processus ulcéreux qui n'existait pas avant cet accident ne se présentera pas dans les années ultérieures

Bons résultats.	22
parmi lesquels: antécédents nuls. . . .	2
antécédents certains .	20
Mauvais résultats.	20
ayant tous des antécédents.	

Ces résultats sont identiques aux nôtres. Ils prouvent que les mauvais cas sont essentiellement ceux à antécédents nets et anciens.

CONCLUSIONS

I

Lorsqu'on recherche les cas de perforations survenant chez des sujets sans antécédents gastriques, on constate :

1° Qu'il s'agit là d'un phénomène relativement rare.

2° Que dans la majorité des cas, la suture simple donne une guérison fonctionnelle totale.

3° Que le seul fait faisant exception (1 sur 31) est relatif à une sténose survenue 12 ans après la perforation.

4° Que la déformation consécutive à la suture ne paraît pas apporter de gêne ni mécanique ni fonctionnelle. Elle reste susceptible toutefois d'amener dans quelques cas rares des malaises ne ressemblant en rien à la maladie ulcéreuse. Il semble donc, en conséquence, que la boutade meurent suturés », doit être considérée comme exacte dans de Balfour : « Beaucoup d'ulcères naissent perforés et son ensemble.

II

Par contre, dans les cas de perforation où l'on relève des antécédents, soit lointains (plusieurs crises), soit immédiats mais bien caractérisés, l'intervention sur l'accident aigu s'avère dans la majorité des cas insuffisante et la cure de l'ulcus doit être envisagée comme si la perforation n'existait pas, c'est-à-dire que la gastrectomie s'impose puisque la simple gastro-entérostomie ne donne pas de résultats durables dans tous les cas.

III

Sans vouloir enfin tirer de conclusions trop générales, l'on peut se demander s'il n'existe pas, à côté de la maladie ulcéreuse, type Cruveilhier-Bucquey, une affection spéciale où l'ulcération perforante est tout et où les périodes préperforatives et post-perforatives ne comportent pas une évolution cyclique évoluant par crises comme dans la maladie ulcéreuse.

Vu,

Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,

Le Président de Thèse :
CHIRAY

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BALL. — Thèse de Paris 1903.
- BASSET. — Les résultats éloignés dans les ulcères perforés. — *B. et Mém. Société de Chirurgie*, 1924.
- BÉRARD et DESJACQUES. — Suites éloignées des ulcères perforés gastro-duodénaux. — *Congrès de Chirurgie* 1931.
- BERTRAND. — Suites opératoires des ulcères perforés de l'estomac. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 30 mai 1929.
- BERTRAND, CARCASSONNE, DARGENT. — Ulcères perforés : persistance ultérieure de l'ulcère. — *Soc. de Médecine et Sciences médicales de Lyon* 1933.
- BIZARD. — Suites éloignées des ulcères perforés. — *Congrès de Chirurgie* 1931.
- BIZARD et MALATRAY. — Avenir des perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — *Echo Médical du Nord*, janvier 1935.
- BROWN et PATERSON. — Résultats éloignés de 49 cas de perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — *Edimbourg Medical Journal*, Tome XXXII, avril 1925.
- CABLE. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcus perforés. — *British Medical Journal*, 2-20 août 1938.
- CARDINAUD. — Thèse de Bordeaux 1933.
- CHABRUT. — 25 cas de perforations d'ulcères gastro-duodénaux. — *Journal de Chirurgie* 1931.

- CHAPPELART. — Evolution post-opératoire des ulcères gastro-duodénaux perforés. — Thèse de Paris 1939.
- CLAVEL et CORAJOD. — Les ulcères perforés restent-ils guéris après l'intervention? — *Lyon Médical*, mai 1934.
- CREYSSEL et DE MOURGUES. — Résultats immédiats et éloignés des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Revue de Chirurgie*, N° 8, octobre 1938.
- CURTILLET. — 37 ulcères perforés. Résultats éloignés. — *Presse Médicale*, 1937.
- DACHEUX. — Thèse de Montpellier 1924.
- DE MOURGUES. — Thèse de Lyon 1932.
- DIDITCH VOURACHIN. — Thèse de Lyon 1926.
- DIEULAFOY. — Perforation de l'ulcère simple de l'estomac. — *Clinique Méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898.
- DUQUING. — Récidive d'une perforation d'ulcère pylorique. — Société de Chirurgie de Toulouse, juin 1929.
- DUPRÉ Emile. — Thèse de Lille 1909.
- DÜVAL J. — Avenir des ulcères perforés. — *Gazette Médicale de France*, mars 1936. *Archives Médico-Chirurgicales de Normandie*, février 1934.
- ELIASON. — Effet de la perforation sur l'ulcère. — *Annals of Surgery*, septembre 1938.
- ELLIOTT. — Acute perforating gastric and duodenal ulcers. — *American journal of Chirurgy*, New-York, 1908-1909.
- ELLIOTT. — Clinical features and treatment of acute perforating ulcers. — *Annals of Surgery*, 1912.
- FALLIS. — Analyse de 100 cas d'ulcères perforés. — *Annals of Surgery*, septembre 1938.
- FERMAUD. — Statistiques du service du Professeur Krummer sur les ulcères perforés. — *Revue de Médecine de la Suisse Romande*, février 1929.

- GANDY. — Les ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. — Thèse de Paris 1934.
- GERHARHDT. — Résultats du traitement de la perforation d'ulcères gastro-duodénaux à la clinique universitaire de Vienne. — *Wiener klinische Wochen*, nov. 1936.
- GOSSET. — Perforations itératives. — *Presse Médicale*, 1938.
- GUILLEMINET et LATRELLE. — Résultats du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Journal de Chirurgie*, mars 1929.
- GUTMAN. — Les critères de guérison des ulcères gastro-duodénaux. — *Presse Médicale*, octobre 1931.
- GUTHRIE et SHARER. — Guérison définitive après perforation des ulcères gastro-duodénaux. — *J. A. M. A.*, 26 septembre 1936.
- HEIM. — Résultats éloignés des ulcères perforés. — *Zentr. fur Chirurgie Leipzig*, juin 1937.
- HADY. — Résultats tardifs de 150 opérations pour ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Orvosi Hetil*, février 1936.
- JUDINE. — A propos du traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux. Statistiques de 207 cas. — *B. et Mém. Société de Chirurgie*, 20 novembre 1929.
- LARRIEUX. — La perforation de l'ulcus gastrique après la gastro-enterostomie.
- LAURET. — Thèse de Paris 1921.
- LECÈNE. — Résultats éloignés du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. — *B. et M. Soc. de Chirurgie*, 1924.
- LEWHISOHN. — Résultats tardifs dans les ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Annals of Surgery*, juin 1928.
- LEY. — Perforation itérative chez un septuagénaire. — *British Med. Journal*, mai 1936.
- LUQUET. — L'avenir éloigné des opérés pour perforation d'ulcè-

- res gastro-duodénaux. — *B. et Mém. Soc. de Chirurgie*, juin 1936.
- LYSAGHT Williams. — Perforation récidivante d'un ulcère du pylore. — *The Lancet*, 1937.
- MAGE. — Ulcère duodénal récidivant consécutif à une perforation précédente. — *Annals of Surgery*, août 1936.
- METZGER. — Thèse de Paris 1925.
- MORENO-TINAJERO. — Avenir des ulcères perforés primitivement opérés par suture et enfouissement. — *Archives Hospitalières*, 1936.
- MONDOR. — Ulcères perforés des enfants. — *Gaz. Méd. de France*, octobre 1934.
- MONDOR et LAURET. — Ulcères perforés gastro-duodénaux. — Masson, édit.
- PAUCHET et LUGUET. — Ulcus duodénal géant. L'avenir des perforés gastro-duodénaux aigus opérés et soi-disant guéris. — *Bull. de l'Académie de Médecine*, août 1931.
- PECK Ch. — Perforated gastric and duodenal ulcers. — *Medical record*, New-York, 1907.
- PERRIN. — Résultats éloignés de la suture des perforations des ulcères gastro-duodénaux. — *Lyon Chirurgical* 1924, p. 499; 1925, p. 864.
- PERVES et BADELON. — Perforations itératives d'ulcères gastro-duodénaux. — *Mém. Académie Chirurgie*, fév. 1937.
- PHAM KHAC MY. — Contribution à l'étude du traitement des perforations d'ulcères gastro-duodénaux avec résultats éloignés. — Thèse de Hanoï 1938.
- POIX. — Thèse de Lyon 1929.
- SALLICK. — Résultats éloignés des perforations traitées par simple suture.
- SCHELLEY. — 82 cas d'ulcères perforés. Statistiques et radios. — *Annals of Surgery*, 1932.

- SOSTEGNI. — Révision de 52 cas de perforations gastriques. — *Soc. Lomb. Chirurgica*, juillet 1934.
- THEODORESCO. — Résultats post-opératoires éloignés dans les ulcères gastro-duodénaux perforés. — *Revue de Chirurgie Bucarest*, mars-avril 1938.
- TONDEUR. — Dans quelles proportions les ulcères perforés opérés restent guéris. — *Revue de Chirurgie*, N° 5, 1931.
- URRUTIA. — Résultats éloignés des ulcères perforés opérés. — *Annals of Surgery*, juillet 1929.
- WHITE et PATERSON. — Résultats éloignés de la suture simple dans la perforation aiguë de l'ulcus duodénal. — *Annals of Surgery*, avril 1931.
- WILMOTH. — 42 cas d'ulcères perforés. — *Journal de Chirurgie*, 1930.

